



Gemeinschaftspraxis  
**Hein-Köllisch-Platz 1**

**Liebe Patient\*innen,  
herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Sie können Ihre Wartezeit nutzen, indem Sie auf diesem Bogen alle wichtigen Informationen über Ihre medizinische und persönliche Vorgeschichte eintragen und uns dadurch helfen sicherzustellen, dass alle für eine optimale Behandlung wichtigen Informationen vorliegen. Alle Angaben sind dabei **freiwillig**. Den Bogen können Sie bei den Mitarbeiterinnen abgeben oder mit in das Sprechzimmer bringen.

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Telefonnummer:</b>
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>
<b>Beruf/momentane Tätigkeit:</b>	
<b>Bisherige Ausbildung(en):</b>	
<b>Bei Berentung bitte frühere Tätigkeit angeben:</b>	

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt?  ja  nein

Welche und seit wann?

Sind bei Eltern oder Geschwistern chronische Erkrankungen bekannt?  ja  nein

Welche?

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?  ja  nein

Welche und wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (bitte auch frei verkäufliche Präparate angeben)?  ja  nein

Welche und seit wann?

Sind bei Ihnen Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?  ja  nein

Welche?

Sind Sie noch bei anderen Ärztinnen oder Ärzten in Behandlung?  ja  nein

Bei wem und weswegen?

Liegt eine Schwerbehinderung vor?  ja  nein

GdB von:

Liegt ein Pflegegrad vor?  ja  nein

Pflegegrad:

Sind Ihnen Hilfsmittel verordnet worden (z.B. Rollator, Hörgeräte)?  ja  nein

Welche?

**Bitte wenden!**



Gemeinschaftspraxis  
**Hein-Köllisch-Platz 1**

Rauchen Sie?  ja  nein Wie viel?

Wie häufig trinken Sie Alkohol?  nie  seltener als wöchentlich  wöchentlich  täglich

Nehmen Sie andere Drogen?  ja  nein

Welche und wie oft?

Leben Sie alleine?  ja  nein Haben Sie Kinder?  ja  nein

Wie häufig bewegen Sie sich? Was machen Sie?

Haben Sie Hobbys?  ja  nein

Welche?

Gibt es Besonderheiten bei Ihrer Ernährung (vegetarisch, bestimmte Diät o.ä.)?  ja  nein

Welche?

Gibt es besondere persönliche Belastungen (z.B. private oder berufliche Konflikte)?  ja  nein

Welche?

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?  ja  nein

Hatten Sie im letzten Monat ein plötzliches Gefühl von starker Angst oder Panik?  ja  nein

Sonstige Informationen und Anmerkungen:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank!**